

Немтин А.З., Дундаров З.А.,
Рагунович И.М.

ДИАГНОСТИКА ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫХ И ПОДПЕЧЕНОЧНЫХ АБСЦЕССОВ

/ Гомель /

Поддиафрагмальные абсцессы являются одним из тяжелых и трудных для диагностики осложнений оперативных вмешательств на органах брюшной полости.

Клиническая симптоматика абсцессов, особенно в первые дни послеоперационного периода, всегда скудная. Лабораторная диагностика не всегда информативна, так как осложнения чаще возникает у ослабленных больных, после операций по поводу острых деструктивных заболеваний органов брюшной полости. Широкое и не всегда адекватное применение антибиотиков в послеоперационном периоде в значительной степени изменяет клинико-лабораторную картину заболевания.

Поэтому в последнее время основную роль в диагностике поддиафрагмальных и подпеченочных абсцессов играют результаты инструментальных методов исследования.

Нами изучена информативность некоторых наиболее часто используемых в нашей клинике инструментальных методов исследования при поддиафрагмальных и подпеченочных абсцессах.

С 1993 по 1997 год в хирургическом отделении Гомельской областной клинической больницы находилось на лечении 26 пациентов, у которых в послеоперационном периоде возникли поддиафрагмальные и подпеченочные абсцессы. У 12 больных были подпеченочные абсцессы, у 14 больных поддиафрагмальные.

Для диагностики использовали следующие инструментальные методы :рентгенографию брюшной и грудной полости, ультразвуковое исследование, фиброгастроскопию и эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию, компьютерную томографию и диагностическую лапароскопию,

Только в 15% случаев (у 4 больных) на основании рентгенографии был выставлен диагноз поддиафрагмального абсцесса. При исследовании под диафрагмой был найден газовый пузырь с горизонтальным уровнем жидкости. Однако в 3,5% случаев (у 9 больных) были обнаружены косвенные признаки абсцесса : резкое ограничение подвижности купола диафрагмы, реактивный выпот в плевральной полости, смещение прилегающих к диафрагме внутренних органов.

В 54% случаев (у 14 больных) при проведении ультразвукового обследования был выставлен диагноз поддиафрагмального или подпеченочного абсцесса.

Применение метода в возможно ранние сроки и проведение повторных УЗИ через 2-3-5 суток (динамическое УЗИ) значительно повышает эффективность метода. Использование повторных УЗИ больных при подозрении на поддиафрагмальные и подпеченочные абсцессы позволило выставить правильный диагноз в 84% (22 случая).

Основными ультразвуковыми признаками гнойника были : наличие округлого с четкими, но неровными контурами образования, сниженной эхогенности, повышенной звукопроводимости, с эффектом усиления позади образования. Причем при повторных УЗИ размер образования чаще увеличивался, границы становились более четкими и акустически плотными. Содержимое образования становилось неоднородным.

При проведении фиброгастродуоденоскопии , которую проводили не всем больным, в 3 случаях выявлены косвенные признаки абсцесса в виде смещения желудка (1 случай) и несостоятельность культи 12-перстной кишки (2 случая).

3 больным производили ЭРПХГ при подозрении на повреждение внепеченочных желчных путей и в 1 случае получили затек контрольного вещества в подпеченочное пространство.

В 3 случаях проводили компьютерную томографию брюшной полости, что позволило выставить правильный диагноз. Но этот метод обследования недоступен всем лечебным учреждениям.

В 2 случаях использовали диагностическую лапаротомию, при которой наблюдали косвенные признаки поддиафрагмального абсцесса: выраженный спаечный процесс в подпеченочном пространстве, налеты фибрина, выпот в боковом канале.

Как показали наши наблюдения диагностика поддиафрагмальных и подпеченочных абсцессов представляет определенные трудности. Для возможно ранней диагностики такого рода осложнений следует использовать весь комплекс клинико-лабораторных исследований.

По нашим данным наиболее эффективным и доступным методом диагностики является ультразвуковое исследование, которое необходимо применять как можно раньше, при подозрении на поддиафрагмальный и подпеченочный абсцесс, что позволит при ультразвуковом динамическом исследовании повысить диагностическую ценность метода и установить правильный диагноз в максимально ранние сроки.

Компьютерная томография - высоко эффективный метод диагностики, но не может быть рекомендован для всех лечебных учреждений из-за недоступности и дороговизны.